Hysterische Psychose mit schweren Lähmungen

(Mutismus, Schlucklähmung, Paraplegie).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr Ernst Siemerling

o. ö. Professor der Psychiatrie und Vorstand der Psychiatrischen Klinik.

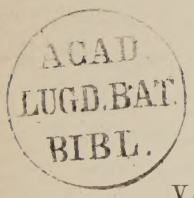
Der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Robert Lohrengel

approb. Arzt aus Scharzfeld am Harz.



Tübingen,

Verlag von Franz Pietzcker.

1898.

Vita.

Verfasser dieser Arbeit, Robert Lohrengel, wurde am 25. Dezember 1870 zu Scharzfeld am Harz als Sohn des Gutsbesitzers C. Lohrengel geboren. Seine wissenschaftliche Fortbildung erhielt er auf der Klosterschule zu Glefeld, welche er am 12. März 1891 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Dann genügte er seiner Militärpflicht von 1. April 1891 bis dahin 1892 beim II. Hannoverschen Infanterie-Regiment Nr. 77, in der Absicht, nach Ableistung seines Dienstjahres sich dem Kaufmannstande zu widmen; er änderte jedoch seinen Plan und bezog Ostern 1892 die Universität Göttingen, um Medizin zu studieren; Ostern 1894 bestand er dort sein tentamen physicum. Hierauf besuchte er noch die Universitäten München, Berlin und Tübingen, wo er Anfang Juni 1897 das Staatsexamen vollendete. Hierauf übernahm er während des Sommers mehrere Vertretungen, um dann am Ende des Jahres 1897 wieder nach Tübingen zurückzukehren, um auch dort zu promovieren.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

in Göttingen: Merkel, Meissner, Wallach, Riecke, Peter, Disse;
in München: Bauer, Klausner, Herzog;
in Berlin: v. Bergmann, Olshausen, Gerhardt, Mendel, Klemperer, Lassar, Gerhardt, Lewin, Virchow, Winter, Nasse;
in Tübingen: v. Säxinger (†), v. Liebermeister, v. Bruns, v. Fürgensen, Dennig, Hofmeister, Schleich, Grunert, v. Baumgarten, Grützner, Disselhorst.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hiemit seinen aufrichtigsten Dank aus.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552309_0166

Es giebt wohl kaum eine Krankheit, welche ein so mannigfaltiges Bild an Symptomen und Eigentümlichkeiten liefert, wie die Hysterie; es lässt sich keine einzige Krankheitserscheinung angeben, welche als allgemein charakteristisch oder gar für alle Fälle pathognomonisch angesehen werden könnte. Symptomatologisch ist die Hysterie daher keine abgeschlossene Krankheit, jedoch kann man sehr wohl das Wesen aller derjenigen Erscheinungen, welche man als hysterische bezeichnet, unter einen einheitlichen Gesichtspunkt bringen, da die Hysterie, wie jede andere Krankheit auch ihre Regeln in der Einteilung der Erscheinungen und Symptome hat. Wir fassen die Hysterie als eine Erkrankung auf, welche sich ausschliesslich auf die mit den psychischen Vorgängen unmittelbar verknüpfte Gehirnthätigkeit bezieht, wenn man will, als eine Psychose, aber in dem erweiterten Sinne des Wortes, dass sich die Störung nicht nur auf den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge selbst bezieht, sondern vorzugsweise auf die Verknüpfung derselben mit den rein körperlichen Innervationsvorgängen. Wir nennen daher jede Krankheitserscheinung hysterisch, welche auf einer Störung der normalen Beziehungen zwischen den Vorgängen unseres Bewusstseins und unserer Körperlichkeit beruht. Es bestehen ganz bestimmte, geregelte Verknüpfungen zwischen unseren Willensvorstellungen und unserer Muskulatur, zwischen den Erregungen unserer Sinnesnerven und unserem Bewusstsein. Tritt in diesen Verknüpfungen irgend eine Lockerung, eine Verschiebung ein, so entsteht eine nervöse Störung der Bewegung oder der Empfindung, eine hysterische Krankheitserscheinung. Unter diesen Krankheitserscheinungen kehren nun einige mit besonderer Häufigkeit wieder, so dass dieselben

ganz charakteristisch für die Hysterie sind, und diagnostisch manchmal grossen Wert haben. Solche meist dauernden, zu jeder Zeit wieder aufzufindenden Symptome sind von Charcot, der sich grosse Verdienste um die Erkenntnis der Hysterie erworben hat, als „stigmata“ bezeichnet. Andere Erscheinungen dagegen kommen wieder seltener vor, und einige sogar so selten, dass, wenn einmal eine solche Rarität sich findet, dieselbe wohl genügend eine Veröffentlichung rechtfertigt.

Um etwas näher auf die einzelnen Symptome einzugehen, erscheint es wohl ratsam, dieselben hier einigermassen nach der Häufigkeit ihres Vorkommens aufzuführen. Zuerst wäre der sensoriellen Anästhesieen und Hyperästhesieen zu gedenken; es giebt wenige Fälle von Hysterie, bei denen sich nicht irgend eine Sensibilitätsstörung nachweisen liese. Die Empfindlichkeit kann gesteigert oder herabgesetzt sein. Häufig kommt sogar vollkommene Analgesie zur Beobachtung. Zu den häufigsten Kennzeichen der Hysterie sind auch die Störungen von Seiten der übrigen Sinnesorgane zu rechnen. In dem einen Falle findet man eine konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, in dem andern teilweisen oder vollständigen Verlust der Farbenempfindung, wieder bei einem Kranken eine Abnahme der Hörschärfe, manchmal auch Geschmacks- und Geruchsparästhesieen. Die hysterischen Lähmungen befallen am häufigsten die Extremitäten. Häufig handelt es sich um eine Parese der unteren Extremitäten, vielfach ist vollständige Paraplegie, resp. Astasie und Abasie vorhanden. Die Kranken haben die Fähigkeit zu gehen und zu stehen verloren. Ausser diesen Paraplegien kommen auch vollständige Hemiplegien vor, welche manchmal das Bild einer Apoplexie vortäuschen können. Zu den interessantesten Störungen, resp. Lähmungen bei der Hysterie gehören wohl diejenigen, welche sich im Gebiet des nervus-vagus vorfinden. Dieselben umfassen sowohl die Respirations, als auch die Cirkulations- und Verdauungsorgane.

Hysterischer Glottiskrampf kann auftreten, so dass die Pa-

tienten zu ersticken fürchten. Die Stimmbänder können derart ausser Funktion gesetzt werden, dass der Kranke sich nur in der Flüstersprache verständlich machen kann, jedes laute Wort ist unmöglich. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt dabei keine anatomische Veränderung, nur eine Parese, einen unvollständigen Schluss oder ein Auseinanderweichen der Stimmbänder. Im Anschluss an Aphonie, aber auch spontan, kann sich oft ganz plötzlich ein Zustand völliger Stummheit entwickeln. Die Kranken haben die Herrschaft über ihre Sprachwerkzeuge verloren, oder sie wollen keinen Gebrauch davon machen, mit einem Wort sie sind complet stumm. Eine treffliche, heute noch massgebende Schilderung dieser eigentümlichen Verhältnisse giebt Charcot in folgenden Worten:

Die hysterische Stummheit befällt sowohl Männer wie Frauen, die Jugend wie die Erwachsenen. Sie beginnt ganz plötzlich nach einer heftigen Gemütsbewegung, oder sie ist die Folge eines lebhaften Erschreckens, starker Angst, eines heftigen Zornausbruchs oder endlich sie tritt im Anschluss an einen hysterischen Krampfanfall auf. So plötzlich wie der Anfang, ist auch ihr Verschwinden. Zu den Gelegenheitsursachen gehört ausser den eben erwähnten auch eine geringfügige Laryngitis. Recidive sind nicht ausgeschlossen und können nach Wochen oder erst nach Monaten erfolgen. Die Sprache kehrt entweder plötzlich wieder oder es besteht ein gewisses Übergangsstadium, in dem der Kranke noch stottert und undeutlich spricht. Es handelt sich nun keineswegs um irgend welche Lähmung der Zunge, die in ihren Bewegungen vollständig frei ist. Die Kranken können die Zunge herausstrecken und in jeder Richtung bewegen. Auch sind die Lippen intact. Es fehlt eben den hysterischen Stummen die Fähigkeit, die zur Artikulation der Sprache nötigen Bewegungen zu produzieren. Diese Kranken sind noch stummer als ein gewöhnlicher Taubstummer, der doch in der Regel einen Schrei auszustossen vermag, während der Hysterisch-Aphasische auch nicht einen Laut, nicht einen Ton hervorzubringen im

stande ist. Dieser Zustand der Aphasie ist streng zu unterschei den von der häufigeren hysterischen Aphonie, bei der es sich vielmehr nur um einen höheren oder geringeren Grad von Heiserkeit handelt, der es dem Kranken immerhin noch ermöglicht, sich der Flüsterstimme zu bedienen. Während es nun dem hysterisch Aphasischen vollständig unmöglich ist, durch die Sprache zu antworten, ist die Fähigkeit, seine Gedanken mimisch und schriftlich auszudrücken, durchaus erhalten. Der Kranke zeigt das vollste Verständnis für alle Fragen, die man an ihn richtet; er ist sich aber seiner Unfähigkeit zu reden vollkommen bewusst, so dass er gar nicht erst den Versuch macht, zu reden, sondern gleich nach Schreibmaterial greift, oder dies Verlangen durch entsprechende Gesten auszudrücken versucht. Die Beantwortung der an ihn gestellten Fragen erfolgt sodann fast ausnahmslos in klarer und präziser Weise.

Dies ist ungefähr die Darstellung, welche Charcot von dem Wesen des hysterischen Mutismus giebt.

Der Digestionstractus und die zu ihm gehörigen Muskeln, welche, wie die Pharynx- Muskulatur, zum Teil auch vom glossopharyngeus innerviert werden, erfahren die mannigfachste Alteration. Die Muskulatur des Pharynx kann sowohl in einen Zustand der Erregung, wie der Lähmung geraten; im letzteren Falle wird das Schlingen sehr behindert, unter Umständen vollständig unmöglich; es besteht eine hysterische Schlinglähmung. Diese auf nervöser Basis beruhende Dysphagie, resp. Aphagie kann sowohl aus paralytischer wie spastischer Lähmung resultieren. Eine sehr anschauliche Schilderung der Unterschiede dieser beiden Arten von Lähmungen giebt Richer. Ich lasse sie daher unverändert folgen.

»Les muscles du pharynx et de l'oesophage, soit simultanément, soit isolément, peuvent être pris de paralysie ou de contracture; ce dernier trouble moteur est le plus fréquent. Dans les deux cas, d'ailleurs, le trouble fonctional qui en résulte consiste en un obstacle à l'alimentation.

Dans la contracture, il existe parfois un sentiment de constriction permanente qui s'exaspère au moment de l'introduction du bol alimentaire. L'obstacle aux aliments est absolu: ils sont aussitôt rejetés. D'autres fois, la contracture n'est pas permanente: le sentiment de constriction ne se produit que passagèrement sous forme d'accès (strangulation hystérique) et le spasme ne survient, qu' au moment du passage des aliments.

Dans la paralysie, la suffocation peut se produire par un autre mécanisme. Les matières alimentaires ne sont pas rejetées, mais elles s'arrêtent à mi-chemin. On ne confondra pas les troubles de la déglutation, qui résultent, du spasme, et ceux qui dépendent, de la paralysie. On peut noter le bruit particulier, que produisent les liquides en tombant dans un oesophage inerte (bruit identique à celui, qu'on entend chez les agonisants); en outre, la paralysie ne s'accompagne en dehors du passage des aliments d'un sentiment de strangulation. La difficulté de la déglutition, quand elle résulte du spasme, est la même à l'égard des substances liquides et solides: tandisque, lors'qu'il s'agit d'une paralysie de l'oesophage, les solides passent, souvent mieux et les liquides pénètrent dans le larynx où leur présence détermine des efforts de toux; le spasme est presque toujours douloureux, la paralysie indolente. Enfin le spasme seul oppose un obstacle à l'introduction de la sonde oesophagienne. Le spasme de l'oesophage s'accompagne parfois de contracture de la langue et du voile du palais qui est rigide et tendu. La langue est recourbée en divers sens et immobilisée contre les arcades oculaires, ou bien fait s'aillie hors de la bouche. Dans ces circonstances, non seulement la déglutition est troublée, mais aussi la mastication et l'articulation des mots. La malade ne fait entendre que des sous gutturaux: elle ne se fait comprendre que par la mimique. Ce n'est guère que dans l'hystérie grave, que cette complication se présente.«

Die Deglutitionsstörungen werden daher wohl ausschliesslich aus einem hysterischen Spasmus resultieren.

Die hysterischen Krämpfe sind teils als reflektierte zu erkennen, teils entstehen sie ohne erkennbare Mitwirkung eines centripetalen Reizes. Zu denen der ersteren Art kann man die durch Gemütserregungen vermittelten zählen, die in ihrer typischen Abstufung und Ausbreitung eine einfache Steigerung der auch im gesunden Zustande durch Affekte hervorgerufenen unwillkürlichen Bewegungen darstellen. Hierher gehört auch der Globus hystericus, eine bei Hysterie sehr häufige, in der Art ihres Auftretens sehr variabele Erscheinung. Gewöhnlich haben die Kranken das Gefühl, als ob ein fremder Körper, meist von kugeliger Gestalt, vom Magen oder von irgend einer Stelle der Speiseröhre aus nach oben steige und in der Schlundgegend stecken bleibe. Oft entsteht die Kugel auch an dieser Stelle, ohne ihren Ort weiter zu wechseln. Diese Erscheinung tritt zuweilen bei Hysterie spontan auf, zuweilen als Prodromalerscheinung allgemeiner Krampfanfälle. Häufig ist sie Begleiterin psychischer Erregung, häufig kommt sie auf reflektorischem Wege zustande. Letzteres ist bei manchen Kranken regelmässig beim Essen der Fall, doch treten auch hier wieder Variationen auf. Manchmal sind es bestimmte Speisen, welche den Globus hervorrufen, manchmal tritt er bei flüssiger Nahrung, zuweilen bei fester auf. In einem Falle sind kalte Speisen, im anderen warme das auslösende Moment für das Auftreten des Globus. Es sind sogar Fälle bekannt, in welchen Globus bei jedem Schluckversuch auftrat und die Kranken veranlasste, gar keine Nahrung mehr aufzunehmen, so dass eine Ernährung mittelst Magensonde nötig wurde.

Man nimmt an, dass der Globus hystericus in einem Spasmus der Oesophagus- oder Pharynx-Muskulatur besteht. Ob derselbe auf motorischer oder sensibler Basis beruht, darüber gehen die Ansichten der Autoren vorläufig noch weit auseinander.

Betrachten wir die hysterische Dysphagie näher, so finden wir zuweilen eine Renitenz gegen die Einnahme von Nahrung, die, mag sie auf Gefühlstäuschung oder blosser psy-

chischer Schwäche beruhen, in ihren höchsten Graden einen wirklichen Defekt der Bewegungsapparate vortäuschen kann. In den überwiegend meisten Fällen sind die sämtlichen der Einführung und Zubereitung des Ernährungsmaterials dienenden willkürlichen Mechanismen, Lippen, Wange, Zunge und Kauwerkzeuge teilweise oder völlig ausser Thätigkeit gesetzt. Hier erfolgt eine Nahrungsaufnahme nur dann, wenn die Speise dem sogenannten anatomischen Schluckapparate direkt anheimgegeben wird. Es kann aber auch Lähmung des Schluckapparates auftreten, so dass eine Nahrungsaufnahme überhaupt unmöglich wird.

Hierher gehört der Fall, welchen ich mitteilen will. Derselbe zeichnet sich zugleich durch eine Kombination mit Mutismus aus.

Es handelt sich um eine 21jährige Patientin, Bauerntochter, welche am 16. Mai 1896 in die Tübinger Psychiatrische Klinik aufgenommen wurde.

Anamnese (abgegeben von der Mutter). Die Eltern der Patientin leben und sind gesund. 3 Geschwister sind gesund. 1 Bruder starb an Phthisis pulmonum. Patientin ist das älteste der Geschwister. Geistes- und Nervenkrankheiten in der Familie sind nicht zu eruieren.

Die Kranke selbst hat als Kind Halsbräune und Rotsucht durchgemacht. In der Schule soll sie sich durch Fleiss und gutes Betragen ausgezeichnet haben; ihre Stimmung sei stets eine heitere gewesen. Nach ihrer Konfirmation nahm sie eine Stellung als Kindermädchen an, in der sie jedoch nur ein halbes Jahr verblieb. Hierauf, im Jahre 1890, ging sie nach Kirchheim in ein Geschäft, wo sie mit einer Maschine, die durch die Kraft des eigenen Fusses in Betrieb gesetzt werden musste, Bücher heftete. Im Frühjahr 1892 erkrankte sie an Influenza, die drei Wochen lang anhielt und die ihre Körperkräfte derart schwächte, dass sie sich nur langsam erholte und den ganzen Sommer zu Hause bleiben musste. Im Herbst desselben Jahres trat sie dann in ihren früheren Dienst wieder ein; in ihrem 18. Lebens-

jahre, im Jahre 1893, stellte sich zum erstenmale bei ihr eine Heiserkeit ein, die anfangs nur abends beim Gasanzünden in der Fabrik, später aber auch morgens und im Verlauf des ganzen übrigen Tages beobachtet wurde. Der damals behandelnde Arzt soll «Gurgeln« verordnet haben. Da die Heiserkeit sich nicht besserte, wurden sämtliche am Orte praktizierenden und auch noch auswärtige Ärtzte konsultiert, die meist an Kehlkopfkatarrh, einige auch an Kehlkopfschwindsucht gedacht haben sollen. Bis September 1895 wechselten Besserung und Verschlechterung ihres Zustandes mit einander ab. Von diesem Zeitpunkt ab war es der Patientin kaum noch möglich zu sprechen, sprach sie jedoch, dann geschah dies nur unter grösster Anstrengung und mit äusserst heiserer Stimme. Der damals konsultierte Arzt hielt die Affektion für einen Rachenkatarrh und verordnete ein Medikament; das Übel schwand jedoch nach der Anwendung des Arzneimittels nicht, die Stimme wurde vielmehr immer heiserer und versagte mehr und mehr, von Tag zu Tag. Der Kassenarzt, welcher sie schon seit Juli 1895 behandelte, fand bei der ersten Kehlkopfuntersuchung eine diffuse Rötung und Schwellung der Schleimhaut, Verdickung der Falten zwischen den Aryknorpeln, der Epiglottis und den wahren Stimmbändern, so dass nach seiner Aussage der pathologische Befund absolut nicht im Verhältnis zu der funktionellen Störung stand. In der Nacht des ersten Weihnachtsfeiertages 1895 bekam Patientin ganz plötzlich einen Krampfanfall. Sie schlug heftig mit den Armen um sich, der ganze Körper zog sich krampfhaft zusammen, sie knirschte mit den Zähnen, verdrehte die Augen nach allen Richtungen und schrie mit lauter Stimme unverständlich vor sich hin. Diese Anfälle wiederholten sich in schneller Reihenfolge und volle 8 Tage soll dieser Zustand in derselben Intensität angehalten haben. Die ruhigen Intervalle benutzte man dazu, der Kranken etwas flüssige Kost einzuführen, da sie feste Speisen nicht schlukken konnte. Von Mitte Februar 1896 ab war ihr jegliches Schlucken unmöglich; der Kassenarzt sah sich deshalb genötigt,

Patientin mit der Magensonde zu füttern. Diese künstliche Ernährungsweise wurde nachher von der Mutter unter Beistand einer Bekannten fortgesetzt; der Kranken wurde täglich dreimal Nahrung, bestehend aus Milch, Ei, Wein und Wasser, eingeführt. Ende Februar trat eine zweite Periode von Anfällen auf, welche 3 Tage dauerte. Diese seien jedoch nicht so heftig gewesen, wie die ersteren. Geschrieen habe die Kranke diesmal nicht, jedoch habe sie ängstlich die Augen nach allen Richtungen verdreht und darüber geklagt, dass sie nicht mehr gut sehe. Von Mitte März ab versagte dann die leise und heisere Sprache vollständig, so dass Patientin auch nicht mehr ein Wort von sich zu geben imstande war. Vormittags lag sie meistens zu Bett, während sie den Nachmittag in einem Sessel sitzend hinzubringen pflegte. Der Schlaf war gut.

Die Menses stellten sich im 17. Lebensjahre ein; dieselben waren anfangs sehr unregelmässig und kamen meist verspätet; der Blutverlust war immer nur ein geringer. Besondere Krankheiten hat Patientin sonst nicht überstanden, häufig jedoch hatte sie über Kopfschmerzen zu klagen. Vor zwei Jahren bestand eine äusserst schmerzhafte Furunkulose.

Bei der Aufnahme ergiebt sich bei der Kranken folgender Befund:

Mittelgrosse, 53,5 Kilo schwere weibliche Person von mittlerem Knochenbau, mittlerer Muskulatur und geringem Panniculus adiposus. Gesicht und sichtbare Schleimhäute sind normal gerötet.

Die Temperatur ist 37,2. Am inneren Rande der rechten Scapula mehrere von Abscessen herrührende Narben. Keine Ödeme, keine Exantheme, keine Drüsenschwellungen.

Der Schädel ist normal gebaut.

Der grösste Horizontalumfang des Kopfes beträgt 55,5 cm.

Der grösste Querdurchmesser des Kopfes beträgt 19,5 cm.

Der grösste Längsdurchmesser 21 cm.

Am Schädel keine Narben und Verletzungen.

Die Gesichtsinnervation ist symmetrisch.

Die Augenbewegungen sind frei.

Die Pupillen sind mittelweit, gleich.

Auf Licht und Convergenz prompte Reaction.

Der Augenhintergrund ist normal. Das Gesichtsfeld zeigt keine wesentliche Veränderung.

Die Zunge kommt gerade ohne Zittern hervor, ist etwas weisslich belegt. Sie ist frei von Bissen und Narben.

Der weiche Gaumen ist namentlich in den unteren Partieen stärker gerötet. Er ist vollkommen starr und unbeweglich.

Es wird nicht der geringste Versuch zu Phonieren gemacht; sie bringt keinen Ton hervor. Laryngoscopisch zeigt sich, dass die Stimmbänder weit auseinander stehen und sich auch bei energischen Aufforderungen zu Phonieren nur ganz wenig einander nähern, um gleich wieder auseinander zu gehen. Abnorme Rötung, ein Geschwür oder Tumor ist nicht vorhanden.

Beim Versuch zu schlucken, welcher auf Aufforderung mit einem Glas Wasser sofort unternommen wird, regurgitiert die Flüssigkeit, ohne dass besondere Hustenstösse auftreten, durch Mund und Nase.

Die Sensibilität ist ungestört; warm und kalt wird gut unterschieden; die Schmerzempfindlichkeit ist herabgesetzt.

Die aktiven und passiven Bewegungen der oberen Extremität sind frei.

Die grobe Kraft ist gering.

Das rechte Bein wird kaum handbreit von der Unterlage erhoben.

Das linke Bein vermag sie etwas höher zu erheben.

Die aktiven Bewegungen der unteren rechten Extremität sind in allen Gelenken sehr wenig ausgiebig.

Im Hüftgelenk flectiert sie kaum bis zu einem rechten Winkel; im Kniegelenk flectiert sie wenig, auch die Plantarflexion ist gering.

In der linken unteren Extremität sind alle diese Bewegungen etwas besser ausführbar.

Bei passiven Bewegungen ist bei allen Gelenken der unteren Extremität ein gewisser Widerstand fühlbar. Derselbe ist rechts besonders stark; bei forcierten Bewegungen ist er geringer.

Ohne Unterstützung ist weder Gehen noch Stehen möglich.

Mit leichter Unterstützung an einer Hand geht sie. Die Füsse werden dabei gar nicht vom Boden erhoben; die Beine sind im Kniegelenk flectiert; das rechte Bein wird deutlich nachgezogen.

Die elektrische Untersuchung ergiebt überall vom Nerven wie vom Muskel aus bei faradischer, wie bei galvanischer Reizung völlig normales Verhalten.

Riceps-Triceps-Supinator-reflex sind beiderseits in normaler Stärke vorhanden.

Das Kniephänomen ist rechts stärker wie links.

Der Achillessehnenreflex ist rechts vorhanden, links ist er nicht auszulösen.

Rechts besteht leichter Patellarclonus.

Der Thorax ist normal gebaut, dehnt sich gut aus bei der Atmung. Die Atmung ist costo-abdominal.

Der Percussionsschall über den Lungen ist voll und hell, ohne Differenzen.

Die Lungengrenzen sind an gewöhnlicher Stelle.

Beim Atmen hört man deutliches Stridorgeräusch.

Das Atmungsgeräusch ist vesiculär.

Die Zahl der Respirationen ist 20 in der Minute.

Die Herzdämpfung ist nicht vergrössert.

Die Töne sind rein, von normalem Rhythmus.

Der Puls ist von mittlerer Qualität, regelmässig, 100 in der Minute.

Leber und Milz sind nicht vergrössert.

Das Abdomen ist nicht besonders vorgewölbt.

Dasselbe ist auf Druck nirgends schmerzhaft und ergiebt bei der Percussion überall tympanitischen Schall.

Der Urin ist goldgelb, klar, sauer.

Das spezifische Gewicht desselben ist 1008.

Die Eiweiss- und Zucker-Proben fallen negativ aus.

Auch mikroskopisch enthält der Urin keine abnormen Bestandteile.

Therapeutisch werden tägliche, am Morgen auszuführende kalte Abreibungen angeordnet.

Drei Mal wöchentlich werden Kehlkopfgegend und untere Extremität mit dem faradischen Pinsel behandelt.

Die Nahrungsaufnahme erfolgt drei Mal täglich mittelst Magensonde.

Am 8. Juni 1896 kommt der erste Krampfanfall zur Beobachtung, welchem bald weitere sich anschliessen.

Die Anfälle sind von den variabelsten Erscheinungen begleitet; häufig werden sie durch eine äussere Veranlassung ausgelöst, manchmal lässt sich auch kein Grund eruieren. So sehen wir, dass der erste Anfall kurz nach einer elektrischen Sitzung sich einstellt; ein anderes mal hat das unruhige Hin- und Herlaufen einer anderen Kranken die Veranlassung dazu gegeben; ein drittes Mal wird sie bei Gelegenheit der Hauptvisite von einem Anfall überrascht. Die Begleiterscheinungen bei diesen Anfällen sind, wie schon erwähnt, sehr wechselnder Natur.

Bei diesem Anfall sehen wir eine träge, bei jenen eine prompte Reaktion der Pupillen, dabei ist meistens ein Verdrehen der Augen nach links oben und ein längeres Verharren in dieser Stellung wahrnehmbar. Die Prüfung der Sehnenreflexe ergiebt meistens normales Verhalten. Was nun die Muskulatur betrifft, so praevalieren einmal die tonischen ein anderes Mal die schlaffen Erscheinungen. Hier sehen wir, wie die Patientin die von der Unterlage erhobenen Extremitäten schlaff auf dieselbe zurückfallen lässt, dort setzt sie der passiven Bewegung einen erheblichen Widerstand entgegen. Ein ähnliches Verhalten zeigt die Nackenmuskulatur; manchmal kann man den auf die Seite geneigten Kopf ohne alle Schwierigkeit drehen und ihm eine andere Lage geben, ein anderes Mal ist eine Lageveränderung wegen des bestehenden Spasmus nicht so leicht möglich.

Die Sensibilität ist meistens völlig erloschen, manchmal lässt sich allerdings noch eine leichte reflektorische Bewegung an den empfindlichen Schleimhäuten hervorrufen.

Die Anfälle sind in ihren Einzelsymptomen sehr verschieden. Häufig gleicht der Anfall mehr einer Ohnmacht, in der der Körper vollkommen ruhig und bewegungslos daliegt, ein anderes Mal ist er mehr eklamptischer Natur. Krämpfe in den Extremitäten, Drehen und Herumwälzen des ganzen Körpers, Tonus der Nackenmuskulatur, Trismus mit heftigem Zähneknirschen sind mehrfach beobachtet. Als vasomotorische Störung ist noch eine sehr ausgesprochene Rötung im Gesicht anzuführen.

Plötzliches Schwarzwerden vor den Augen, verbunden mit Störungen des Bewusstseins sind nach Angabe der Patientin die Vorboten eines Anfalls. Im Anfall selbst scheint das Bewusstsein völlig geschwunden. Was die Häufigkeit der Anfälle betrifft, so ist zu bemerken, dass anfallsfreie Tage abwechseln mit solchen an denen Patientin einen, zwei, selbst einundzwanzig Anfälle zu überstehen hat. Die Dauer der einzelnen Anfälle schwankt zwischen fünf, acht, zehn und zwölf Minuten. Nach den Anfällen zeigt sie etwas Mattigkeit, im übrigen ist sie aber sofort wieder bei Bewusstsein. Einmal liess sich nach einem Anfall eine deutliche Einengung des Gesichtsfeldes beiderseits nachweisen.

Am 12. Juni zeigte sich bei einer laryngoskopischen Untersuchung, dass in der Annäherung der Stimmbänder entschieden eine geringe Besserung eingetreten war; man konnte genau beobachten, wie dieselben unter zuckender Bewegung das Bestreben zeigten, sich möglichst zu nähern.

Am 21. Juli, kurz nach Behandlung des Kehlkopfes mit der Kehlkopfelektrode und konstantem Strom vermag Patientin plötzlich etwas Wasser zu schlucken und Brot zu essen. Sie will dabei ein Gefühl verspürt haben, als wenn es plötzlich einen »Schnapper« in ihrem Hals gethan hätte. Einige Stunden später vermag sie auch wieder zu sprechen, allerdings nur im Flüstertone, die Worte waren jedoch deutlich und artikuliert. Mit der

Wiederkehr der Phonation ging es nicht so schnell; die elektrische Behandlung wurde fortgesetzt. Die Flüstersprache wurde deutlicher, eine wirkliche Phonation konnte nicht erzielt werden, nur hier und da trat manchmal während des Sprechens beim Anlauten deutlich ein Ton hervor, der sich jedoch gleich wieder verlor. Dieser Zustand blieb ungefähr der gleiche bis zum 19. September; an diesem Tage konnte sie sich durch die Flüstersprache nicht verständlich machen; schon am nächsten Tage kehrte die Flüstersprache wieder.

Da die Elektrotherapie kein weiteres Resultat erzielte, wurde mit Hypnose und Suggestion ein Versuch gemacht. Schon nach der zweiten am 1. Oktober vorgenommenen Hypnose, bei der ebenfalls wie bei der ersten Hypnose energische Sprachsuggestionen zur Anwendung kamen, zeigte sich beim Anlaut, dass die Phonation entschieden deutlicher geworden war. Nach der vierten Hypnose, welche am 3. Oktober statt hatte, war die Stimme vollkommen laut und verständlich; nur hier und da liess sich noch eine geringe Heiserkeit konstatieren.

Die Paraplegie der unteren Extremität schwand nach einem am 24. Juli überstandenen Anfall. Die Kranke konnte wieder allein gehen; anfangs allerdings war noch eine gewisse Schwäche und Unsicherheit, hauptsächlich im rechten Bein zu konstatieren, aber auch diese Störungen schwanden bald, so dass etwa 14 Tage später von der früheren Lähmung keine Spur mehr vorhanden war.

Nach so weitgehender Besserung resp. Heilung der Lähmungserscheinungen wurde die anfangs schwankende Stimmung gleichmässiger, besser. Das Körpergewicht stieg auf 66,5 Kilo. Die Menses waren regelmässig, ohne besonderen Einfluss auf das Befinden. Am 8. Oktober 1896 wurde Patientin auf ihren Wunsch gebessert entlassen.

Am 19. Oktober 1896 wurde jedoch schon eine zweite Aufnahme wegen Recidive nötig.

Die Anfälle, welche in den ersten Tagen nach der Entlassung nur vereinzelt aufgetreten waren, hatten sich wieder in

gehäufter Zahl eingestellt. Zugleich war wieder Heiserkeit aufgetreten und mehrmaliges Erbrechen.

Auch dieses Mal steigerte sich die Heiserkeit, allerdings nur für kurze Zeit, wieder zur völligen Unfähigkeit, sich durch die Flüstersprache verständlich machen zu können. Sie wurde abwechselnd mit Elektrizität und Hypnose behandelt. Die Anfälle wurden wieder seltener, Erbrechen trat nicht mehr auf, die Aphonie hingegen besserte sich nur langsam. Am 25. November stellte sich plötzlich wie mit einem Schlage die Stimme wieder ein, ungefähr 1 Stunde nachdem die Kranke mit dem faradischen Strom elektrisiert worden war. Jetzt konnte sie wieder klar und deutlich sprechen. Das Körpergewicht stieg auf 74,5 Kilo. Am 28. November 1896 verliess sie geheilt die Klinik. Nach einem eingezogenen Bericht war das Befinden am 31. Mai 1897 noch gut; nur zuweilen war Aphonie vorübergehend aufgetreten.

Einen ähnlichen Fall, bei welchem Mutismus mit Aphagie kombiniert auftrat, habe ich in der Litteratur nicht gefunden. Fälle von Mutismus in Gemeinschaft mit anderen hysterischen Symptomen sind in der Litteratur relativ viele vorhanden, so dass ihre Aufzählung viel zu weit führen würde und deshalb eine Beschränkung auf nur einzelne Beispiele wohl angezeigt ist.

Als Belege für hysterischen Mutismus mögen folgende Fälle hier genannt werden:

1. Fall. (von Cartay) deutsche med. Wochenschrift 1890.

Es handelt sich um ein 19jähriges Mädchen, welches infolge eines Schreckens an einer Lähmung des rechten Armes erkrankte; wenige Stunden nachher stellte sich bei ihr absolute Sprachunfähigkeit ein, die ausserdem noch die Komplikation der Unmöglichkeit zu »lesen« und zu »schreiben« hatte; durch Zeichen konnte sich Patientin verständigen. Sonst war eine deutliche Verzerrung des Mundwinkels nach rechts zu erwähnen, welche besonders beim Lachen auffällig hervortrat. Ausserdem bestand eine rechtsseitige Schwerhörigkeit und Einschränkung des Gesichtsfeldes. Nach ungefähr 14 Tagen liess sich eine all-

mähliche Besserung konstatieren, indem sich Patientin schon wieder in »stotternder« Sprache unterhalten kann; nach weiteren 12 Tagen war auch die Paralyse des Facialis verschwunden. Angaben über die Therapie sind nicht vorhanden.

II. Fall. (van Dutil) Neurolog. Centralblatt 1896.

Ein 22jähriges Mädchen, bisher gesund und hereditär nicht belastet; erkrankte im Anschluss an menstruelle Störungen unter ausgesprochenen hysterischen Erscheinungen; sie hatte über Schmerzen in der linken regio hypochondrica zu klagen, ausserdem bestand ein deutlich ausgesprochener globus hystericus, der ihr viel Angst und Aufregung bereitete; darauf stellten sich epileptiforme Krämpfe ein; nach dem zweiten Krampfanfall machte sich eine absolute Aphasie bemerkbar, die Fähigkeit, sich mimisch zu verständigen, war erhalten. Die Krämpfe kehrten sehr häufig wieder, die Aphasie blieb bestehen. An sonstigen Erscheinungen wäre noch zu erwähnen, dass die Zunge zwischen den Zahnreihen sichtbar und krampfhaft gegen den linken Mundwinkel verzogen ist; der Kopf ist leicht nach der linken Schulter geneigt; ausserdem ist völlige Anästhesie und Analgesie vorhanden; während der Anfälle sieht man einmal Paralyse, das andere Mal Contraktur der Extremitäten. Die Kranke wurde von allen diesen Erscheinungen durch Suggestion geheilt; wie lange der Mutismus gedauert hat, darüber fehlen die genaueren Angaben.

III. Fall. (Worotynski) Neurolog. Centralblatt 1894.

Es handelt sich um eine junge verheiratete Frau, deren Eltern Alkoholiker waren; am 12. Oktober 1890 sei bei der Kranken ein mit Besinnungsverlust verbundener Krampfanfall aufgetreten, der 1½ Stunden anhielt; einige Stunden vor dem Anfalle habe sie erbrochen. Nachdem sie sich von dem Anfall erholt, war sie nicht mehr imstande gewesen, auf die an sie gerichteten Fragen zu antworten. Nach den Anfällen sei die Kranke eingeschlafen, oder sie habe stundenlang gelärmt, zuweilen sogar getobt und geschrieen. Nach 1½ Monaten seien die Anfälle seltener geworden und seien in letzter Zeit, einige

Monate schon sogar völlig ausgeblieben, ohne dass sich an der Stummheit und Wortlosigkeit etwas geändert hätte; es war aber weder Worttaubheit noch Wortblindheit; Patientin konnte sich schriftlich frei unterhalten und verstand Geschriebenes und Gedrucktes vollkommen; es bestanden ausserdem noch andere hysterische Anzeichen: die Empfindlichkeit der rechten Körperhälfte war herabgesetzt, ebenfalls die des Rachens; ausserdem bestand rechts eine bedeutende Einschränkung des Gesichtsfeldes. Therapie: Wörtliche Suggestion im wachen Zustande bei gleichzeitiger starker Faradisation der Stimmbänder von aussen her. Nach 3 Séancen waren alle krampfhaften Störungen geschwunden.

Wenden wir uns jetzt zu den Beispielen von Schlinglähmungen. Es liegen uns Beobachtungen über geringe Grade von Schlingstörungen vor.

Von diesen Fällen sind 3 in der Mendelschen Klinik beobachtet und von Blankenstein näher beschrieben, während die übrigen beiden von Eloy veröffentlicht sind.

I. Frau X, 37 Jahre alt, von nervöser Mutter stammend, ohne sonstige schwere Erkrankung in der Familie, 15 Jahre verheiratet, kinderlos. Von den Mädchenjahren an hat Patientin an Migräne gelitten und erkrankte im 21. Jahre an einer Pleuritis exsudativa sinistra, welche aber ohne Residuen geheilt ist. In der Rekonvalescenz von dieser Krankheit stellte sich eine Störung ein, welche die Patientin damit bezeichnete, dass sie nicht schlucken und zumal feste Sachen nicht herunterbringen könne. Sie wurde auf flüssige Nahrung beschränkt und kam körperlich immer mehr herunter und verlor etwa 10 Pfund an Körpergewicht.

Die gracil gebaute Frau zeigte bei der Untersuchung, abgesehen von einer Herabsetzung des Gefühls auf der ganzen linken Körperoberfläche ohne Beteiligung der höheren Sinne und linksseitiger Ovarie, nur folgende Störungen, welche bei den vorgenommenen Versuchen, zu essen, hervortraten. Wenn

sie klein gehacktes Fleisch oder kleine Stückchen Semmel in den Mund nahm, so wurden die Bissen von einer Seite nach der anderen gewälzt, auch nach hinten dem Rachen zu, dann nach vorn wieder gegen die Mundöffnung gebracht, ohne dass Patientin fähig war, eine Schluckbewegung zu machen. Zuweilen gelang das überhaupt nicht, und die Patientin brachte nach mühevollen Versuchen die Speisen wieder heraus. Meist aber brachte sie den Bissen nach einiger Zeit bis in den Pharynx, und nachdem dort ein Hindernis, wie es schien überwunden war, ging das Schlucken in normaler Weise von statten. Im Übrigen liess sich weder an der Sensibilität noch an der Muskulatur des Mundes, der Zunge und des Rachens irgend etwas Krankhaftes nachweisen. Auch der Rachenreflex erschien durchaus normal. Ausser inneren Medikamenten, welche als Antihysterica gebraucht wurden, wurde angeordnet, dass bei jeder Mahlzeit ein schwacher konstanter Strom in der Weise appliciert wurde, dass der positive Pol an den Nacken, der negative auf das Sternum appliciert wurde, und während dieser Procedur die Nahrungsaufnahme erfolgte. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand mit Schwankungen im Laufe eines Vierteljahres.

II. Herr H., 53 Jahre alt, neuropathischer Familie abstammend vielfach an Kopfschmerzen leidend, war im Übrigen gesund; seit 20 Jahren ist er verheiratet; die Ehe war kinderlos. Nach starken geistigen Anstrengungen trat plötzlich bei einer Mahlzeit die Unfähigkeit ein, den geschluckten Bissen herunterzubringen; dieses gelang erst nach vielen vergeblichen Versuchen, den Bissen wieder nach oben zu bringen und zwar unter ziemlich heftigen Schmerzen im Halse.

Die Untersuchung zeigte ein Mann mittlerer Ernährung und mittelkräftiger Muskulatur ohne jedes nachweisbare objektive Symptom. Speciell zeigte sich bei der lokalen Untersuchung des Mundes, des Rachens, des Oesophagus mit der Schlundsonde absolut keine Störung. Die Beobachtung beim Essen zeigte, dass der geschluckte Bissen im oberen Drittel des Oeso-

phagus, etwa in der Höhe der Cartilago thyreoidea stecken blieb. Getränke gingen leichter hinunter, aber doch nicht ganz ohne Störung an der betreffenden Stelle.

Die Behandlung wurde in derselben Weise wie in dem ersten Falle eingeleitet und führte in circa 9—12 Tagen zur Beseitigung der Schluckstörung.

III. Patientin ist eine 41jährige Frau, deren Vater im 54. Lebensjahre angeblich an Gehirnschlag gestorben, während ihre Mutter, bei welcher angeblich niemals nervöse Störungen beobachtet worden sind, sich trotz des hohen Alters von 72 Jahren einer leidlichen Gesundheit erfreut; Geschwister sind gesund. Seit dem 21. Jahre ist Patientin verheiratet, war 5mal entbunden und hatte 1mal abortiert; nur ein Kind lebt, die übrigen sind an Stickhusten, Lungenentzündung, Darmkatarrh und Krämpfen während der Dentitionsperiode gestorben. In ihrer Kindheit hat die Kranke im 6. Lebensjahre Masern, im 14. Pocken durchgemacht, und hat bis zu dieser Zeit Neigung zu Halsbräunen, welche angeblich in Zwischenräumen von 6—8 Wochen regelmässig aufzutreten pflegten, gehabt. Die Menstruation begann im Alter von 14 Jahren und soll stets normal gewesen sein. Seit längerer Zeit, angeblich seit einem Jahre ist sie leidend. Sie klagt über Würg- und Halsbeschwerden, Knäuelgefühl, das sich in letzter Zeit fast bis zur Unmöglichkeit, feste sowie flüssige Nahrung zu sich zu nehmen gesteigert hat; namentlich belästigt sie eine eigentümliche Erscheinung, nämlich das Gefühl, als ob sich ein fremder Körper, etwa wie eine Bohne von der Mitte des Brustbeins bis zum Kehlkopf hinbewegte und sich dort festsetzte, und als ob schliesslich der Hals zusammengeschnürt würde. Sie giebt an, dass anfangs Schlingbeschwerden vorhanden gewesen, welche jedoch gegenüber dem lästigen Gefühl im Halse ziemlich in den Hintergrund traten. Seit September vorigen Jahres stellten sich indessen so hochgradige Schlingstörungen ein, dass Patientin sich auf ein Minimum von Speisen beschränken musste und infolgedessen Anfang

März um 30 Pfund Körpergewicht abgenommen hatte. Flüssige Nahrung, namentlich Bouillon und Milch werden leichter genommen und bereiten der Kranken weniger Schwierigkeiten als die festen, so dass sie lieber auf letztere verzichtet. Mitunter treten auch beim Essen Erstickungsanfälle ein oder das Genossene wird sofort nach der Aufnahme, sobald die Kranke zu schlingen sucht, durch Mund und Nase gleichzeitig erbrochen, was besonders fein geschabtes Fleisch — die einzig feste Nahrung, welche sie hin und wieder zu sich zu nehmen versucht — hervorzurufen pflegt. Die Beschwerden nehmen von Tag zu Tag zu und hat die Patientin zuweilen nur Remissionen eintreten sehen. Will sie, von heftigem Hunger getrieben, das Essen erzwingen, so findet jedesmal starkes Erbrechen durch Mund und Nase statt.

Ausserdem hat sie über Kopfschmerz, Kriebeln in den Händen, sowie Schmerzen zwischen den Schulterblättern zu klagen.

Die am 3. März vorgenommene Untersuchung ergab eine mittelgrosse, stark abgemagerte Frau. Die Haut ist sehr blass, nur die sichtbaren Schleimhäute sind livide gefärbt. Sie zeigt einen kräftigen Knochenbau, mässig stark entwickelte Muskulatur, der Panniculus adiposus ist stark geschwunden, so dass sich die Haut in grossen Falten abheben lässt. Exantheme, Drüsenschwellung, Oedeme sind nicht vorhanden, Puls und Temperatur sind normal. Die Inspektion der Mund- und Rachenhöhle ergiebt normales Verhalten, desgleichen zeigt sich bei der Untersuchung des Oesophagus mit der Schlundsonde nicht die geringste Störung, ohne Hindernis gleitet sie schmerzlos bis in den Magen. Auch die physikalische Untersuchung der Brustorgane zeigt nichts Abnormes; bei der laryngoskopischen Untersuchung erhalten wir gleichfalls ein Bild eines vollständig normalen Kehlkopfinnern. Insbesondere sind keine ulceröse oder neoplasmatische Veränderungen, welche direkt mechanisch oder durch Vagusaffektionen die Beschwerden der Patientin hervor-

rufen könnten zu entdecken. Auf der ganzen rechten Körperoberfläche finden wir starkes Schmerzgefühl, welches durch den leichtesten Druck, ja schon bei der blossen Berührung ganz bedeutend gesteigert wird; ausserdem zeigte sich rechtseitige Ovarie sowie grosse Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Austrittsstelle des rechten nervus occipitalis.

Auch hier wurde in derselben Weise wie im Falle I und II therapeutisch vorgegangen und schon nach 3 Wochen war eine wesentliche Besserung zu konstatieren, welche zu der Hoffnung berechtigte, dass Patientin wieder vollständig gesund wurde.

IV. Eine Frau hatte aus Versehen einen Tropfen Kalilauge auf die Zunge fallen lassen; seitdem empfand sie lebhaften Schmerz rechts im Schlunde, für feste Nahrung bestand complette, für flüssige partielle Aphagie.

Die Behandlung, welche in leichter Sondierung bestand, führte zu einem guten Resultat.

V. Ein Mann war plötzlich heftig erschrocken, während er sich die Zähne putzte. Seitdem hatte er Schmerzen und Behinderung beim Schlucken. Ausserdem hatte er das Gefühl, als ob ein Fremdkörper im Oesophagus sei und er bat deshalb um dessen Extraktion. Auch hier führte eine leichte Sondierung zur vollständigen Wiederherstellung eines normalen Zustandes. Da wir es im zweiten Falle mit einem psychischen, im ersten mit einem mechanischen Trauma zu thun haben, woran sich unmittelbar, ohne dass der Schluckapparat an und für sich eine Veränderung erlitt, die Schlingstörungen anschliessen, so imponieren uns diese beiden Fälle ohne weiteres als solche, die auf hysterischer Basis beruhen. Denn es machen sich sehr oft, wie schon oben erwähnt, in bemerkenswerter Weise die besonderen Nebenumstände der psychischen Einwirkung auf die Lokalisation der hysterischen Erkrankung geltend. Derjenige Körperteil wird nämlich meist später von der hysterischen Affektion ergriffen, auf welchen das Individuum bei der psychischen Erregung seine meiste Aufmerksamkeit gelenkt hat.

Wenn auch diese eben angeführten Beispiele kein vollständiges Analogon zu unserem ausführlich mitgeteilten Falle liefern, so haben doch alle Fälle das gemeinsam, dass die Schlingstörungen sämtlich hysterischen Ursprungs sind.

Zum Schluss bleibt mir die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die gütige Überweisung des Materials meinen wärmsten und aufrichtigsten Dank abzustatten.

Litteratur.

1) Strümpell, Krankheiten des Nervensystems.
2) Hirt, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten.
3) Gowers, Handbuch der Nervenkrankheiten.
4) Richer, Paralysies Contractures hystériques.
5) Neurologisches Centralblatt 1894, 1896.
6) Deutsche med. Wochenschrift 1890.
7) Lorentz, Inaugural-Dissertation (Hysterischer Mutismus beim Manne) 1888.
8) Blankenstein, Dissertation 1893 (Dysphagia hysterica).

BUCHDRUCKEREI G. SCHNÜRLEN IN TÜBINGEN.